

El papel de la atención plena en el afrontamiento y la autorregulación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Ana Hernando-Mazón

Universidad de Zaragoza

Raquel Pallás Lázaro

Hospital Clínico Universitario. Servicio Aragonés de Salud

Juan Francisco Roy Delgado

Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza

Actualmente, los Trastornos de la Conducta Alimentaria siguen siendo una realidad social y un reflejo de ciertas características de nuestra forma de vida. Recientes investigaciones avalan la contribución positiva de las técnicas basadas en Atención Plena o *Mindfulness* en relación a diferentes aspectos clínicos de estos trastornos. Hay que tener en cuenta que parte como una filosofía de vida, por lo que su aplicación puede ser genérica. Ser conscientes de cómo funciona nuestra mente, de nuestro lenguaje interno y de la influencia en nuestras emociones, conductas y creencias, puede permitir un nuevo espacio para la mejora de la autorregulación cognitiva y emocional. Esto no sólo tiene una influencia individual, sino que podría ayudarnos a ser más conscientes de nuestro papel en la sociedad.

Nowadays, Eating Disorders are still a social fact and a reflection about certain characteristics of our current way of life. Recent research support a positive contribution of Mindfulness-based techniques related to different clinical issues of these disorders. We must take into account that Mindfulness is a philosophy of life, for its consequently application may be generic. Being conscious about our mind functioning, our internal language and about its influence on our emotions, behaviors and beliefs, may enable a new space for cognitive and emotional self-regulation improvement. That fact not only has an influence on the individual even though it may help us being even more conscious of our role in society.

Introducción

En nuestra sociedad es relativamente fácil encontrarse con mensajes acerca del ideal de belleza, de cómo debe ser el cuerpo perfecto, prototipos que se asocian a claves de éxito y de triunfo. Estar delgada se relaciona con una capacidad admirable de autocontrol, de lo que se deriva que, si no lo eres, es porque no quieres (Perpiñá, 2008).

De acuerdo con autores como Russell (1997), los mensajes sociales relacionados con el culto a la delgadez podrían influir en que las mujeres empiecen a sentirse insatisfechas con su peso en un determinado momento de sus vidas. Esta insatisfacción, aunque no siempre desemboca en un trastorno alimentario, sí puede llevar a un sentimiento de descontento con el propio cuerpo y a una constante preocupación por la ingesta, que conduce a conductas no adaptativas de autocontrol de peso, como una dieta restrictiva (Neumark-Sztainer, Wall, Eisenberg, Story y Hannan, 2006); además, al culto a la delgadez habría que sumarle la evidente estigmatización de la obesidad en nuestra sociedad (Raich, 2011). Se siguen promocionando de forma generalizada dietas milagrosas a pesar de que diversas investigaciones demuestran el poco efecto de éstas a la hora de perder peso, mientras que sí muestran la influencia que tienen para ganarlo al igual que señalan que una dieta restrictiva en sí misma es un importante factor de riesgo para desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Keel, 2005; Polivy and Herman, 1995; Mann, Tomiyama, Westling, Lew, Samuels and Chatman, 2007).

Una de las tantas claves que rodean este tipo de problemas, de patente complejidad, es la cognición; sin ir más lejos y sin perder de vista otros muchos factores psicológicos, biológicos, o sociales, autores como Fairburn sostienen que los TCA son esencialmente trastornos cognitivos (Raich, 2011).

En este sentido, se han planteado cuestiones acerca de los procesos cognitivos desde la perspectiva del enfoque cognitivo-conductual, hipótesis que sirven como base para el desarrollo de terapias y técnicas para el tratamiento de los TCA. Sin embargo, en la actualidad existen pocos estudios controlados que muestren tratamientos eficaces para la Anorexia Nerviosa (AN) (Raich, 2011) o muestran resultados confusos (Hay, Bacaltchuk, Byrnes, Claudino, Ekmejian y Yong, 2009). En cuanto a la Bulimia Nerviosa (BN), a pesar de que sí se ha demostrado la eficacia en su tratamiento, la Terapia Cognitivo-Conductual no reduce la vulnerabilidad a recaer (Grilo, 2006), teniendo en cuenta que no hay estudios controlados con periodos de seguimiento mayores a un año (Díaz, 2012).

A esta información se añaden los alarmantes datos actuales de prevalencia, incidencia y pronóstico de estos trastornos, mostrando un considerable incremento en las últimas décadas (Peláez, Labrador y Raich, 2005) y con las tasas más altas de cronicidad y mortalidad (Garcés, 2005; Kaye, Fudge y Paulus, 2009). Además, hay que tener en cuenta que es sólo una aproximación, porque la mayoría de las mujeres mantienen este problema oculto (Jansen, 1998) y otras muchas, aunque no cumplan los criterios para un diagnóstico clínico, sí presentan síntomas como preocupación por su silueta o peso, u otros sesgos cognitivos característicos de estos trastornos (Perpiñá, 2008). Dada la presente situación, queda patente la urgencia y relevancia de la investigación en nuevas técnicas que ayuden a paliar o curar los TCA. En nuestra opinión, creemos que las nuevas herramientas y técnicas que pueden tener éxito en este campo nacen en el cambio de perspectiva y enfoque desde el que estamos mirando estos y otros problemas psicológicos.

Desde el punto de vista del paradigma cognitivo-conductual

Para entender las nuevas líneas que se están desarrollando actualmente en este campo, procederemos a explicar brevemente las características de los TCA y qué cambio supone esta perspectiva. Tal y como hemos dicho anteriormente, la cognición, entre otros factores, forma parte de la base de estos trastornos. En este sentido, las principales teorías cognitivas, desde un punto de vista clínico, destacan la importancia de las creencias disfuncionales y el lenguaje interno, factores que contribuyen a mantener los comportamientos y actitudes que perpetúan el trastorno (Raich, 2011).

El sistema de creencias que han integrado las pacientes con TCA se erigen, en general, como estructuras rígidas e inflexibles. Dichas creencias son asumidas como verdaderas sin llegar a plantearse su origen, cambio o error, y tienen una gran influencia en las percepciones, pensamientos y conductas, disfuncionales o no. Además, conforme avanza el trastorno, las pacientes aquejadas del mismo muestran más disfunciones relacionadas con esa rigidez cognitiva, a la vez que los factores emocionales, perceptivos y biológicos también se vuelven más extremos, lo que promueve una espiral de orientación negativa que puede agravar el problema en una dirección que puede entrañar un grave riesgo para la salud o la propia vida de la paciente (Keel, 2005).

Una de las consecuencias de este patrón rígido de pensamiento es que para estas pacientes resulta muy complicado variar su patrón de respuesta

cuando han iniciado una acción en concreto, así como detectar errores o planificar dicha acción (Kaye *et al.*, 2009). Estas características pueden contribuir a mantener determinadas actitudes, comportamientos y creencias, como por ejemplo, que a través de la pérdida de peso se consigue la felicidad y la libertad (Keel, 2005), ya que activan y guían la propia conducta sin ser cuestionadas, prácticamente sin que ellas mismas sean conscientes de todo lo que su mente está procesando.

Los objetivos de los tratamientos cognitivo-conductuales de los TCA están dirigidos a las actitudes en relación a la ingesta o el peso, creencias sobre la salud y la alimentación, reducir la preocupación obsesiva, evitar conductas no adaptativas o restaurar y mantener un peso saludable, entre otros (Díaz, 2012). En general, dichos tratamientos se centran en cambiar el contenido cognitivo, sustituyendo un pensamiento por otro más adecuado, pero no se modifica el proceso cognitivo en sí, ignorando el patrón de pensamiento que la persona desarrolla (Cebolla, 2007).

Hacia el nuevo enfoque metacognitivo de la Atención Plena

Actualmente, se están llevando a cabo investigaciones sobre desarrollo de técnicas terapéuticas desde una perspectiva diferente, en la que se traslada el foco de intervención a conceptos como metacognición, aceptación o atención plena (Masuda and Wendell, 2010; Cowdrey and Park, 2012). Nuestra mente es capaz de pensar y también de darse cuenta de qué está pensando y observar esos eventos mentales desde una referencia propia, pero externa al pensamiento en sí mismo. Por tanto, se pretende que nuestro foco atención se desplace desde el pensamiento, al propio acto de pensar. Esto hace referencia al concepto de *metacognición*, el proceso cognitivo que tiene como objetivo la propia cognición. Las habilidades relacionadas con la metacognición implican tomar perspectiva de los eventos mentales, como pueden ser pensamientos o la interpretación cognitiva de una sensación corporal. Este componente de descentramiento nos permite observar nuestra forma de razonar. Al igual que en nuestra vida cotidiana, cuando vemos algo desde una mayor perspectiva, la influencia que tiene ese evento sobre nosotros cambia (Williams y Penman, 2013).

Una forma de entrenar esa habilidad de descentramiento es a través de la práctica de Atención Plena o *Mindfulness*. Este concepto se ha definido de varias formas, entre ellas, como habilidad, lo que implica que todas las personas lo pueden practicar y adquirir. Así, Atención Plena es la habili-

dad de centrar la atención en el momento presente con una actitud de aceptación y no enjuiciadora (Cebolla, 2007). De esta forma, se permite un nuevo espacio en la secuencia automática de pensamiento-acción. Se crea un paso intermedio en el que se centra la atención en lo que acontece, siendo incompatible la *rumiación*, es decir, un patrón de pensamiento caracterizado por encadenar un bucle de pensamientos y auto-declaraciones. Con este nuevo espacio disponible, es más probable que se muestren rutas alternativas de afrontamiento y autorregulación, dirigiéndose recursos a gestionar más eficazmente las experiencias negativas (Lee, Semple, Rosa y Miller, 2008).

Aplicación de la Atención Plena en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Patrones característicos de los TCA, como la *rumiación*, hacen que al experimentar estados psicológicos de tipo negativo, se focaliza la atención en esa experiencia de forma constante, lo que potencia el impacto de juicios, pensamientos, etc., causando gran malestar y poniendo en riesgo la integridad psicológica del individuo.

Desde los modelos cognitivos se ha apuntado hacia sustituir esas creencias disfuncionales por otras más adaptativas; sin embargo, como explica Díaz (2012), el grado de fusión que las pacientes suelen tener con las creencias sobre el peso y la comida dificulta el cuestionamiento y abandono de esos esquemas a través de estrategias de debate lógico-rationales; no debemos olvidar que, frente a otros procedimientos terapéuticos, la práctica en Atención Plena sí incide sobre la *rumiación*, lo que influye en la reducción de ansiedad y el malestar (Kocoski y Rector, 2007). Sin ir más lejos, estudios recientes muestran resultados prometedores en relación a la práctica de Atención Plena en referencia a su aplicación terapéutica en los TCA, y se conforma así como una herramienta que permite la aparición de estrategias de afrontamiento efectivas que reducen la presencia de conductas compensatorias y rebajan el nivel de malestar psicológico (Masuda *et al.*, 2010; Cowdrey *et al.*, 2012; Alberts, Thewissen and Raes, 2012). Además, todo ello supone un recurso para mejorar su autorregulación, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su pronóstico, especialmente en referencia a las tasas de cronicidad y mortalidad de estas pacientes (Garcés, 2005; Kaye *et al.*, 2009).

El punto de encuentro entre la Filosofía y la Psicología

Muchas reflexiones surgen a raíz de los temas tratados en el *Workshop*: “Mente y cognición. Perspectivas actuales”, tenido lugar en Calanda (1 a 3 de julio de 2014), en el que fueron muchos los puntos de encuentro entre la Filosofía y la Psicología. En referencia al tema que nos atañe, y tal y como hemos comentado, ante determinada situación pueden aparecer pensamientos de forma automática y “nos vamos detrás de ellos”, sin detenernos a observar ese pensamiento, lo que dificulta tener presente su carácter temporal y transitorio (Cebolla, 2007; Williams *et al.*, 2013). Además, tendemos a realizar una interpretación cognitiva de las emociones o sensaciones corporales, lo que nos aleja de la propia experiencia llevándonos al plano verbal (Vallejo, 2012). En relación con los TCA, investigaciones realizadas por Masuda *et al.* (2010) y Alberts *et al.* (2012), encontraron que cuando las cogniciones eran percibidas como eventos mentales, de forma que se reducía la identificación con el pensamiento, era poco probable que aparecieran estrategias de afrontamiento no adaptativas.

Otro punto que se trató en Calanda junto con esta primera idea fue el de los estados no proposicionales, como son las emociones, ¿cómo se traducen a este nivel proposicional sin perder toda su esencia? Tal vez no sea posible traducir una sensación o emoción a una proposición. Esto también está estrechamente relacionado con la aplicación de Atención Plena, considerada una técnica “no verbal” (Germer, 2005). La clave de esta práctica es observar sin juzgar, sin etiquetar y traducir a proposiciones las sensaciones físicas que recibimos de nuestro cuerpo. Lo importante es experimentarlas, sentirlas, pero no hacer una interpretación cognitiva de lo que nos está sucediendo (Williams *et al.*, 2013).

Vivimos en un mundo frenético, gobernado por normas y reglas que rigen nuestro comportamiento y nuestra rutina en detrimento de las señales que llegan de nuestro cuerpo físico. Mente y cuerpo se distancian y se desconectan, ya que prevalece lo racional a la hora de actuar; todo ello vuelve a tener una fuerte conexión epistemológico-empírica con los TCA, ya que las pacientes, muchas veces terminan por ignorar las señales de hambre y saciedad que su cuerpo les transmite, a la vez que temen volver a conectar por si no pudieran controlarlo. Asimismo, se relaciona con conductas como los atracones, intentos de afrontamiento que no son exclusivos de pacientes con TCA, y que responden a un patrón de alimentación controlado por factores cognitivos (autoevaluaciones negativas) y emocionales (evitar malestar o angustia) (Alberts *et al.*, 2012; Masuda *et al.*, 2010). De esta forma, la práctica de Atención Plena también puede ser una herramienta útil en el tratamiento de los TCA, ya que

esta forma de meditación se basa en observar el momento presente, las sensaciones físicas que notamos en el cuerpo. Reconectamos de nuevo con nuestro cuerpo físico, sin traducir el calor, el frío, la pesadez o el cosquilleo en una etiqueta verbal. Sentimos que nuestra respiración es rápida, sin intentar hacerla lenta y pausada, o sin pensar por qué estoy respirando así: “¿estoy nervioso? ¿Se me notará? ¿O es que no lo estoy haciendo bien? Tengo que respirar más lento, no lo consigo... ¡Lo tengo que hacer!... ¡No sirvo ni para esto!”; seguimos pensando, sigue activa la *rumiación* aunque sea con otros pensamientos, pero no conectamos con el cuerpo, con el presente, nos quedamos en nuestra mente. Todos esos pensamientos que han surgido evitan que estemos en el momento presente, y al final la atención se centra en la *rumiación* y el presente pasa. No hemos observado que la respiración era rápida, sino que hemos empezado a realizar juicios acerca del por qué, del qué dirán, de lo que debo hacer (Williams *et al.*, 2013).

Aquí llegamos a otro tema también tratado en el transcurso del *Workshop* calandino “*Mente y Cognición*”, en el que se debatieron, entre otros temas de relevancia, los diferentes actos cognitivos. En nuestra opinión, aunque a primera vista puede parecer algo que todos sabemos, no es tan sencillo trasladarlo a la vida cotidiana y esto puede influir en ser más o menos conscientes de nuestro papel en la sociedad. Como decimos, se trataron los conceptos de juzgar y considerar o mero pensar. A nuestro entender, la diferencia reside en que *considerar* no compromete la verdad de la premisa que estamos tratando, pero sí al *juzgar* una premisa, implícitamente se reconoce que es verdad. Esta idea se une a la importancia que se le otorga a la aceptación y la observación no enjuiciadora. Quizás sea parte de nuestra forma de vida actual: todo inmediato, rápido, sencillo. Juzgar, en cierta manera, nos facilita el procesamiento de la información. Una vez categorizado, se activa la actitud y la conducta correspondiente y los recursos necesarios para procesar todo eso ya se pueden emplear en la siguiente actividad, que también debe ser inmediata. Sin embargo, considerar o aceptar, que no significa conformarse ni resignarse, se presentan como tareas más complejas y a las que no estamos acostumbrados (Williams *et al.*, 2013).

En el caso de los TCA, la influencia del hecho de juzgar constantemente se puede ver pronunciada por una característica de su procesamiento cognitivo: el pensamiento dicotómico. Este sesgo cognitivo hace que los juicios se realicen según dos únicas categorías (bueno-malo, éxito-fracaso). Por lo tanto, “*gorda es igual a fracasada*”, “*si no eres perfecta, no eres nada*”, “*si como algo, no podré parar*”. Esto hace que los juicios sean más extremos, guiando el procesamiento de la información a través de estos filtros (Williamson, White, York-Crowe and Stewart, 2004).

Estos juicios están relacionados con otro punto que las teorías cognitivas de trastornos alimentarios consideran clave en su desarrollo: las auto-declaraciones (Raich, 2011). La importancia no reside sólo en el contenido cognitivo de la autoevaluación, sino en “darnos cuenta” de cómo aparecen estos pensamientos y cómo nos influyen sin apenas percatarnos de todo el diálogo interno que hemos procesado.

¿Somos conscientes de cómo nos hablamos? No sólo tiene aplicación al campo de los TCA, todos tenemos un crítico interior y muchas veces el objeto de nuestros juicios somos nosotros mismos. Juzgamos nuestra valía y nuestra identidad en función del peso, de la figura o de la talla del pantalón, nuestra o de la de al lado. En este sentido, la práctica de la Atención Plena también implica ser más conscientes del lenguaje interno que utilizamos. Podemos darnos cuenta de qué nos decimos y cómo nos lo decimos. De acuerdo con Williams *et al.* (2013), muchas veces ese diálogo interno se presenta en forma de pregunta que difícilmente se puede responder: “¿Por qué no soy feliz como el resto? ¿Será que me lo merezco?”; lo que todavía nos frustra en demasía. Sentimos la necesidad de explicar muchos porqués que pueden terminar aumentando la sensación de desánimo, infelicidad y cansancio. Intentamos buscar respuesta y solución a todas esas preguntas, pero las “investigaciones demuestran que dar vueltas a las cosas reduce nuestra capacidad de resolver problemas y es absolutamente inútil para enfrentarse a las dificultades emocionales”, aspecto crucial en la resolución del grave problema actual de los TCA (Williams *et al.*, 2013, pp. 41).

Conclusiones

Parte de este espacio se ha centrado en las pacientes con TCA y la aplicación de la Atención Plena al tratamiento de estos trastornos, pero, como explica Kabat-Zinn (2010), “la esencia es universal” y “*Mindfulness* es una manera de ser”. Cada una de nosotras tendrá sus propios pensamientos automáticos, con su contenido, sus miedos y sus complejos, porque cada una tiene su historia particular. Lo importante es ser conscientes de quiénes somos, de cómo pensamos y de aprender a aceptar nuestras emociones y nuestros pensamientos. De esta forma, permitimos nuevas alternativas de autorregulación y afrontamiento ante diferentes situaciones de nuestro presente.

Puede que de esta forma, al ser más conscientes de nuestro presente, seamos más conscientes del presente que nos rodea y podamos responder a preguntas de por qué siguen vigentes ideales que sabemos no son saludables,

o cómo ayudar a próximas generaciones en problemas que ya estamos detectando ahora, como el acoso escolar, ejemplo citado en el *Workshop*, tenido lugar en la Villa de Calanda en el verano de 2014.

Referencias

- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R. and Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58; pp. 847-857.
- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia: Valencia.
- Cowdrey, F. A. and Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13, pp. 100-105.
- Díaz, M. I. (2012). Anorexia y Bulimia. En Vallejo, M. A. (Coor.): *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, págs. 405-484.
- Fairburn, C. G. (2008). En Raich, R. M., (2011) *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Garcés, E. (2005). Anorexia nerviosa: una mirada relacional. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 51, pp. 101-132.
- Germer, C. K. (2005). En Vallejo, M. A. (2012). La situación actual de la terapia de conducta. En Vallejo, M. A. (Coor.): *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, págs. 37-79.
- Grilo, C. M. (2006). En Raich, R. M. (2011) *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Byrnes R. T., Claudino, A.M., Ekmejian, A.A. y Yong, P.Y. (2009). En Díaz, M. I. (2012). Anorexia y Bulimia. En Vallejo, M. A. (Coor.): *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, págs. 405-484.
- Jansen, A. (1998). Eating disorders. En Bellack, A.S., M. Hersen (Eds), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 6, pp. 649-667). Oxford: Elsevier Science Limited.
- Kabat-Zinn, J. (2010). En Williams, M. y Penman.D. (2013). *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Barcelona: Paidós.

- Kaye, W. H., Fudge, J. and Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, pp. 573-584.
- Keel, P. (2005). *Eating Disorders*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kocoski, N. L. y Rector, N.A. (2007). En Vallejo, M.A., (2012). La situación actual de la terapia de conducta. En Vallejo, M.A. (Coor.): *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, págs. 37-79.
- Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., and Miller, L. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Results of a Pilot Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22 (1).
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B. and Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*, Vol. 62 (2), 220-33.
- Masuda, A. and Wendell, J. W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*, 11, pp. 293-296.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Eisenberg, M.E., Story, M. y Hannan, P.J. (2006). En Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Peláez, M.A, Labrador, F. J., and Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), pp. 135-148.
- Perpiñá, C. (2008). *Trastornos alimentarios*. En Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill, págs. 403-421.
- Polivy, J. and Herman, C. P. (1995). Dieting and its relation to Eating Disorders. En Brownell, K., Fairburn, C., (Ed.), *Eating disorders and Obesity. A comprehensive handbook*, pp. 83-86. New York. The Guilford Press.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Russell, G. (1997). En Keel, P. (2005). *Eating Disorders*, pp. 60. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Vallejo, M.A. (2012). La situación actual de la terapia de conducta. En Vallejo, M.A. (Coor.): *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, págs. 37-79.
- Williams, M. y Penman. D. (2013). *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Barcelona: Paidós.
- Williamson, D., White, M., York-Crowe, E., and Stewart, T. (2004). Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*, 28, No 6, 711-738.